



Caja de Seguridad Social
para Escribanos de la
Provincia de Buenos Aires

N° de afiliado

REINTEGROS ODONTOLOGIA

Odontólogo

Domicilio

Matricula

Apellido y nombres:

Domicilio Localidad

Teléfono Edad Parentesco

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

REFERENCIAS:

- Obturación
- Pieza a extraer
- Extracción
- Diente ausente X
- Obturación /
- Enf. Periodontal Pd
- Corona O
- Pivot P
- Incrustaciones I
- Prótesis fija
- P. Removible
- Ortodoncia IIII

Lápiz rojo tratamientos anteriores

Lápiz azul afecciones en tratamiento

Cantidad de dientes existentes

Observaciones:

.....
.....
.....

.....
Firma del Profesional

SOLICITUD DE REINTEGRO

Afiliado

Apellido y nombre/s: Legajo N° Grupo

Declaro bajo juramento que sobre la parte cubierta por el subsidio que se me acuerda, no requeriré prestación similar de otra Caja Mutual, Obra Social o Asistencial.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma del solicitante

